一般社団法人日本プライマリ･ケア連合学会認定

家庭医療後期研修プログラム 後期研修移籍申請書

２０　　年　 月　 日

一般社団法人日本プライマリ･ケア連合学会

理　事　長 　殿

以下に記載した専攻医の学会認定家庭医療後期研修プログラムの移籍を希望しますので、お認め下さい。

プログラム責任者＊署名（自署）

＊申請者は現在所属（移籍前）のプログラム責任者です

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １．移籍する専攻医 | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 |  | | 会員番号 |  | | | 後期研修開始日 | | | 20 年 月 日 | |
| ２．移籍予定日 | | | | | | | | | | | |
| 20 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| ３．移籍する理由 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| ４．現在所属のプログラム | | | | | | | | | | | |
| プログラム名称　※必ず正式な名称を記載して下さい | | | | | | | | Ver.1,2の別 | | | 認定番号 |
|  | | | | | | | | □ Ver.1プログラム  □ Ver.2プログラム | | | 第 - 号 |
| プログラム責任者 | | | | | | | | | | | |
| プログラム責任者氏名 | |  | | | 所属・役職 |  | | | | | |
| 所在地・連絡先 | | 住所　〒  電話　　　　　　　　　FAX  E-mail | | | | | | | | | |
| 連絡担当者氏名＊・役職 | |  | | | | | | | ＊プログラム責任者と別に連絡担当者がいる場合のみ記載 | | |
| 連絡先 | | 電話　　　　　　　　　FAX  E-mail | | | | | | | | | |
| ５．移籍先のプログラム | | | | | | | | | | | |
| プログラム名称　※必ず正式な名称を記載して下さい | | | | | | | | Ver.1,2の別 | | | 認定番号 |
|  | | | | | | | | □ Ver.1プログラム  □ Ver.2プログラム | | | 第 - 号 |
| プログラム責任者 | | | | | | | | | | | |
| プログラム責任者氏名 | |  | | | 所属・役職 |  | | | | | |
| 所在地・連絡先 | | 住所　〒  電話　　　　　　　　　FAX  E-mail | | | | | | | | | |
| 連絡担当者氏名＊・役職 | |  | | | | | | | ＊プログラム責任者と別に連絡担当者がいる場合のみ記載 | | |
| 連絡先 | | 電話　　　　　　　　　FAX  E-mail | | | | | | | | | |
| ６．これまでの後期研修歴（内容・研修施設・期間） | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| ７．移籍後の研修計画（内容・研修施設・期間） | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| ８．研修修了予定日 | | | | | | | | | | | |
| 20 年 月 日 | | | | | | | | | | | |

上記の通り，専攻医の移籍を受け入れます．

移籍先プログラム責任者署名